

Izabela Łucka, Aleksandra Cebella, Małgorzata Flisikowska, Iwona Dyc,
Monika Fryze, Krystyna Plata, Aleksandra Jandzio, Mariola Zatorska
Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego Akademii Medycznej
w Gdańsku

Multidyscyplinarny system leczenia stacjonarnego dzieci i młodzieży

Multiprofessional therapeutic team in clinical paedopsychiatry ward

Abstract

The aim of the article is to introduce the history of clinical paedopsychiatry ward in Gdańsk and to acquaint the current model of therapeutic team work. The system is based on multiprofessional team who employ multiform integrated interactions. According to our own experience this method is an optimum work with adolescent patients. The method reflects the interaction system which is the most similar to the outside the hospital environment, in which a young person acts. **Psychiatry 2008; 5: 105–110**

key words: paedopsychiatry, treatment, hospitalization

Historia klinicznego oddziału psychiatrii dzieci i młodzieży

Klinika Chorób Psychicznych w Gdańsku powstała w 1946 roku. Jej założyciel, prof. Tadeusz Bilikiewicz, dwa lata później otworzył pierwszy w Polsce kliniczny oddział psychiatrii dziecięcej. W toku kształcenia lekarzy psychiatrów prof. Bilikiewicz kładł szczególny nacisk na poznawanie problematyki psychiatrii rozwojowej, wychodząc z założenia, że „każdy człowiek dorosły był bowiem kiedyś dzieckiem, a każde dziecko stanie się osobą dorosłą”. Walnie przyczynił się także do powstania odrębnej specjalizacji w tej dziedzinie [1].

Początkowe warunki, w jakich diagnozowano i leczono małych pacjentów, były trudne — oddział liczący dziesięć łóżek mieścił się zaledwie w dwóch salach. Pewną pozytywną zmianą było wygospodarowanie w podziemiach Kliniki sali do nauki oraz oddanie do użytku dzieci dużego ogrodu. Nieustanne starania prof. Bilikiewicza o poprawę warunków le-

czenia stacjonarnego dzieci i młodzieży zaowocowały decyzją władz Akademii Medycznej, na przełomie 1967 i 1968 roku, o dobudowaniu skrzydła budynku szpitalnego z przeznaczeniem na nowoczesny i przestronny kliniczny oddział psychiatrii rozwojowej oraz powołaniem w 1959 roku 30-łożkowego oddziału dla dzieci w Specjalistycznym Psychiatryczno-Neurologicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Gdańsku. Oddział dziecięcy w Szpitalu „Srebrzysko”, mieszczący się początkowo w baraku, po trzech latach funkcjonowania został powiększony do 40 łóżek, poprawiły się także warunki bytowe pacjentów. W 1976 roku oddano do użytku nowo wybudowany odrębny pawilon dla młodzieży. Wiosną 1975 roku oddział kliniczny uzyskał nową siedzibę, jednak już 15 grudnia, po 27 latach istnienia, zapadła decyzja o jego likwidacji. W 1984 roku prof. Adam Bilikiewicz w strukturach Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej powołał II Klinikę Chorób Psychicznych AMG. Kontynuując działania swego ojca, Tadeusza, włączył w jej strukturę oddział dziecięcy, przeznaczony dla 32 pacjentów [1]. Obowiązki ordynatora oddziału psychiatrii dziecięcej pełniła prof. Halina Sulestrowska, do czasu przejścia na emeryturę w 1996 roku. W tym samym roku reaktywo-

Adres do korespondencji:

dr med. Izabela Łucka
Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych
i Wieku Podeszłego AMG
ul. Srebrniki 1, 80–282 Gdańsk
tel.: (0 58) 524 76 58

wano oddział młodzieżowy, którego ofertę terapeutyczną poszerzono o oddział dzienny oraz poradnię. W 1999 roku zreorganizowano struktury opieki nad pacjentami w wieku rozwojowym, włączając w strukturę Kliniki oddział młodzieżowy, a jednocześnie likwidując oddział dzienny, poradnię oraz zmniejszając liczbę miejsc stacjonarnych dla dzieci. Funkcję ordynatora sprawowała do 2002 roku prof. Jadwiga Gromska. W roku 2006 zmieniono nazwę II Kliniki Chorób Psychiczych na Klinikę Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wiek Podeszłego. W tym samym roku na emeryturę odszedł prof. Adam Bilikiewicz, zaś jego stanowisko objął prof. nadzw. Leszek Bidzan. Aktualnie oddział dziecięco-młodzieżowy obejmuje opieką 16 dzieci i 21 pacjentów młodzieżowych.

Model pracy zespołu terapeutycznego

Nie rezygnując z wcześniejszych tradycji oraz korzystając z doświadczeń i zasobów wiedzy zgromadzonej przez naszych nauczycieli, zespół terapeutyczny oddziału dziecięco-młodzieżowego, złożony z lekarzy, psychologów, pielęgniarek, pedagogów i personelu pomocniczego, kontynuuje pracę w konwencji społeczności terapeutycznej, otaczając opieką dzieci w wieku 6–15 lat oraz młodzież uczącą się, do 21. roku życia.

Lekarze i psycholodzy pracujący w naszym zespole to specjaliści psychiatrii i psychologii dzieci i młodzieży, a także osoby kształcące się w tych dziedzinach. Ukończyły one szkolenia w zakresie psychoterapii, nadal doskonalą się w psychoterapii systemowej, poznawczo-behawioralnej oraz w poszczególnych technikach terapeutycznych — na przykład w psychodramie. Praca członków zespołu jest superwizowana.

Spółeczność terapeutyczna, którą stanowią zarówno pacjenci, jak i cały personel, spotyka się na codziennych zebraniach. Stanowią one doskonałą sposobność do obserwowania funkcjonowania pacjentów, są polem do aktywizowania biernych osób poprzez między innymi oferowanie im do wykonania określonych zadań, dyżurów. Umożliwiają trening komunikacji i umiejętności społecznych, uczą analizowania zachowań, wypowiadania swych opinii, spostrzeżeń, dyskusowania oraz przyjmowania informacji zwrotnych. Dają okazję do pracy poprzez modelujące zachowania terapeutów. Pacjenci tworzący społeczność terapeutyczną podczas pobytu na oddziale zawierają przyjaźnie, zawiązują koalicje. Uczą się odpowiedzialności zarówno za siebie, jak i za innych. Są źródłem cennych informacji dla siebie nawzajem i dla zespołu terapeutycznego. Współuczest-

niczą w podejmowaniu decyzji dotyczących życia na oddziale, organizacji dnia codziennego, sposobu spędzania wolnego czasu, rozwiązywania spraw trudnych, konfliktów, wdrażania konsekwencji w przypadku naruszania zasad regulaminu.

Proces terapii rozpoczyna się od postawienia diagnozy zawierającej zarówno określenie problemu pacjenta, jak i jego indywidualnych możliwości oraz potrzeb. W zależności od nich dostosowuje się ofertę terapeutyczną, której efekty są analizowane i oceniane na bieżąco. Ta ewaluacja ma wpływ na ewentualną modyfikację, zmianę czy rozszerzenie oferty terapeutycznej lub stosowanej farmakoterapii.

Pacjentom, którzy trafiają na oddział z powodu zaburzeń odżywiania oraz głębszych zaburzeń emocjonalnych (np. po próbach samobójczych, przeżytych traumach), proponowana jest psychoterapia indywidualna, prowadzona w nurcie preferowanym przez terapeutę, do którego trafiają.

Pacjenci i ich rodziny są zapraszani na konsultację rodzinną. Po konsultacji większości z nich oferuje się terapię rodzinną, w strukturach oddziału lub w trybie ambulatoryjnym. Sesje terapii rodzinnej prowadzone są we współpracy z pedagogami, będącymi terapeutami rodzinnymi [2].

Psycholodzy wspomagani przez wychowawców prowadzą również terapię grupową. Na oddziale pracują dwie grupy: dla pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi oraz dla pacjentów z zaburzeniami neurotycznymi. Zajęcia pierwszej grupy odbywają się dwa razy w tygodniu. Jest to grupa otwarta, do której zaprasza się pacjentów po uzyskaniu przez nich co najmniej częściowej remisji. Uczestniczą oni także w psychoedukacji, prowadzonej przez lekarzy oraz wychowawców. Podobna oferta psychoedukacyjna kierowana jest do ich rodzin.

Zajęcia terapeutyczne dla pacjentów z zaburzeniami emocjonalnymi odbywają się również dwa razy w tygodniu. Jest to grupa heterogenna pod względem diagnostycznym (należą do niej również pacjenci z zaburzeniami odżywiania), która ma charakter półzamknięty, a o przyjęciu nowego członka współdecyduje cała grupa. Często ten element nie jest pozbawiony znaczenia diagnostycznego (protodiagnoza pacjentów). Mimo półzamkniętego charakteru grupy, często stosujemy elementy procesu grupowego. Sięgamy też po techniki zaczerpnięte z psychodramy oraz — gdy sprzyja temu etap rozwoju grupy — pracujemy z wykorzystaniem analizy życiorysów pisanych przez pacjentów.

Lekarze i psycholodzy wraz z pielęgniarkami prowadzą trening umiejętności społecznych, zajęcia re-

laksacyjne połączone z wizualizacją oraz treningi kontroli objawów dla pacjentów z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi, zaburzeniami odżywiania, objawami konwersyjnymi oraz zachowaniami autodestrukcyjnymi.

Wychowawcy pracujący na oddziale to pracownicy Zespołu Kształcenia Podstawowego i Gimnazjalnego nr 32, jest to kadra osób wykształconych w wiodących metodach terapeutycznych oraz przygotowanych do pracy z pacjentami dotkniętymi problemami psychicznymi. Aby współuczestniczyć w procesie leczenia pacjenta, pracują w trzech obszarach: dydaktycznym, wychowawczym, terapeutycznym.

Praca dydaktyczna to przede wszystkim — zgodnie z artykułem 71c Ustawy 2 z dnia 7 września 1991 r. o Systemie Oświaty [3] oraz Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 27 lutego 2003 r. — realizacja obowiązku szkolnego, uzupełnianie braków edukacyjnych, niwelowanie trudności w przyswajaniu wiedzy poprzez korygowanie następstw fragmentarycznych deficytów rozwojowych. Ważne są również kontakty ze szkołami macierzystymi naszych pacjentów, nawiązywane w celu dostosowania programów nauczania do indywidualnych możliwości uczniów. Prowadzimy także psychoedukację dla rodziców dzieci z zespołem ADHD (*attention deficit hyperactivity disorder*).

Obszar wychowawczy to praca nad wyrównywaniem braków w tym zakresie poprzez stosowanie odpowiednich, modelujących metod pedagogicznych. Realizowane są programy oraz procedury postępowania i pracy z dziećmi z ADHD, z dziećmi agresywnymi poprzez zajęcia oparte na programie mgr Grochulskiej. Celem tych zajęć jest zmniejszenie liczby zachowań agresywnych, uczenie się alternatywnych metod radzenia sobie w konfliktowych sytuacjach. W pracy tej ważny jest proces nauki dziecka na podstawie jego własnych doświadczeń oraz dostosowywanie się do norm grupowych. Istotnym celem zajęć jest poprawa umiejętności komunikowania się oraz samodzielnego podejmowania decyzji, zwłaszcza tych, dotyczących własnego postępowania [4]. Obszar wychowawczy to również zajęcia uaktywniające: plastyczne, techniczne, kulinarne, filmowe, sportowe, integracyjne, wycieczki, uczestniczenie w spektaklach teatralnych i operowych, słuchanie muzyki klasycznej w filharmonii, hipoterapia, dogoterapia. Sfera terapeutyczna pracy wychowawców obejmuje wspomaganie lekarzy i psychologów poprzez współprowadzenie psychoterapii oraz systemowej terapii rodzin, a także realizację programów autorskich z dziedziny psychodramy i muzykoterapii.

W szkole realizowane są programy zatwierdzone przez Ministerstwo Edukacji Narodowej, modyfikowane przez pedagogów w celu dostosowania do możliwości percepcyjnych uczniów:

- program stymulacji psychoruchowej dla dzieci z zaburzeniami rozwojowymi z wykorzystaniem kinezylogii edukacyjnej Dennisona — zakres oddziaływań dotyczy głównie rozwoju poszczególnych procesów poznawczych, rozwoju ruchowego i rozwoju osobowości; polega również na usprawnianiu ruchowym, usprawnianiu percepcji słuchowej, uwagi i pamięci, rozwijaniu myślenia, mowy oraz na odblokowaniu kanałów energetycznych i obniżaniu napięcia [5].
- program zajęć integracyjnych, którego głównym celem jest zintegrowanie grupy, podniesienie nastroju [5];
- muzykoterapia, podczas której istnieje możliwość odkrywania swojej wyobraźni twórczej oraz wyciszenia negatywnych emocji;
- program reedukacji mający na celu pracę nad wzmacnianiem poczucia własnej wartości, usprawnianiem percepcji wzrokowej, słuchowej, koordynacji wzrokowo-ruchowej;
- program autorski socjoterapii, rozumiany jako proces rozwijania inteligencji społecznej [6];
- psychodrama, podczas której podejmuje się próbę pobudzenia aktywności uczniów, kształtowania umiejętności podejmowania decyzji, współpracy, pozytywnego myślenia oraz umiejętności radzenia sobie ze stresem;
- bajkoterapia — jej rolą jest uwolnienie dziecka od lęku przez oswojenie z zagrożeniem, wspieranie oraz pobudzanie do emocjonalnego zaangażowania, uwrażliwienie na innych;
- indywidualny program logopedyczny pozwalający na uaktywnianie mowy, słuchu, słuchu fonemowego oraz sprawności aparatu artykulacyjnego;
- psychorysunek, podczas którego określa się stan psychofizyczny ucznia, wyodrębnia jego problemy, wzbogaca doświadczenia w zakresie ekspresji i relacji z innymi, a także mogą być odreagowane napięcia emocjonalne powodujące dyskomfort i konflikty [7];
- zajęcia korekcyjno-wyrównawcze pozwalające na stymulowanie i usprawnianie funkcji psychomotorycznych, wyrównywanie braków w wiadomościach i umiejętnościach uczniów, eliminowanie niepowodzeń szkolnych;
- zajęcia korekcyjno-kompensacyjne, których realizacja pozwala na utrwalenie prawidłowych postaw i nawyków ruchowych.

Zadaniem pedagogów jest przygotowanie dzieci i młodzieży do akceptacji swojej osoby, często dotkniętej chorobą, przeciwdziałanie apatii i depresji, a także umożliwienie wychowankom realizowania ich aspiracji, dostosowanych do indywidualnych możliwości. Promujemy jednostkowy styl działania, uaktywniając inteligencję społeczną [8], staramy się niwelować nieśmiałość i zahamowania, jednocześnie budując odporność psychiczną oraz korygując zachowania społecznie nieakceptowane.

Praca pielęgniarek na oddziale psychiatrycznym polega nie tylko na opiece medycznej czy sprawowaniu funkcji opiekuńczej i wychowawczej. Ogromne znaczenie ma współuczestniczenie w procesie terapii. Ważne jest uświadomienie sobie obciążeń związanych z wykonywaniem tego zawodu i ich akceptacją. Potrzebne są umiejętności radzenia sobie ze stresem. Istotne jest zwrócenie uwagi na wzmocnienie pozytywnego nastawienia i zdolności do poszukiwania dobrych doświadczeń życiowych w pracy i poza nią. Niebagatelną rolę odgrywają dobrze ukształtowane przekonania o możliwości kontroli i wpływu na zdarzenia, w których uczestniczymy. Niezbędne są takie zasoby osobiste i zawodowe, które umożliwiają zaangażowanie, efektywne komunikowanie się oraz szacunek dla drugiego człowieka i zdolność do empatii. Pielęgniarki pracujące na oddziale to absolwentki lub studentki pielęgniarstwa, pedagogiki, resocjalizacji. Doskonaliły swe umiejętności pielęgniarские na kursach specjalizacyjnych, zdobywały umiejętności psychoterapeutyczne na warsztatach terapeutycznych, w Studium Pomocy Psychologicznej oraz na kursach arteterapii i choreoterapii. Pracują w obszarach: pielęgnacyjnym, terapeutycznym i edukacyjnym.

Opieka pielęgniariska musi być zorganizowana w strukturalny i systematyczny sposób, jeśli ma sprostać potrzebom jednostki. Prowadzony proces pielęgnowania zapewnia właściwe ramy dla realizowania całościowej opieki pielęgniariskiej, dostarczając metody polegające na rozwiązywaniu problemów. Takie ujęcie procesu pielęgnowania spowodowało zmianę roli pielęgniarki — z osoby będącej biernym wykonawcą zleceń przełożonego, do aktywnej, kreującej i w pełni odpowiedzialnej za wykonanie zadań pielęgniariskich.

Diagnoza pielęgniariska obejmuje rozpoznanie sytuacji zdrowotnej chorego, a więc ustala jego potrzeby zdrowotne związane bezpośrednio z chorobą.

W tej fazie pielęgniarka korzysta z wiedzy i zakresu nauk medycznych, biologicznych oraz wykorzystuje swoje umiejętności określania zaburzeń i potrzeb pacjenta. Planowanie opieki to formułowanie celów

i podejmowanie decyzji dotyczących działań pielęgniariskich. Na tym etapie przeprowadzamy analizę środków posiadanych na rzecz zaspokojenia potrzeb oraz ustalamy kolejność ich zastosowania.

Podstawowe składniki rezultatu procesu pielęgnowania to szybsze zdrowienie poprzez stworzenie pacjentowi komfortu fizycznego i psychicznego wzmacniającego skuteczność środków stosowanych przez terapeutów, nowa wiedza o zdrowiu i chorobie — uczestnictwo w wychowaniu zdrowotnym oraz nowe zachowania i umiejętności sprzyjające utrzymaniu zdrowia, zapewniające niezależność, mimo znacznych czasami skutków choroby.

Pielęgniarki prowadzą również dokumentację, która służy rejestrowaniu zdarzeń, objawów, dolegliwości, opinii dotyczących stanu zdrowia pacjenta oraz działań podejmowanych w precyzyjnie określonej sytuacji opiekuńczej.

Prowadzenie przez pielęgniarki zajęć terapeutycznych na oddziale powoduje, że udzielana przez nie pomoc opiera się na wzajemnej relacji pacjenta i pielęgniarki. Polega ona na empatii, dawaniu wsparcia, rozładowywaniu napięć, tworzeniu nastroju, który poprawia samopoczucie, motywuje do współpracy i umacnia wiarę w sens leczenia.

Zajęcia prowadzone przez pielęgniarki

Zajęcia integracyjne członków danej grupy odbywają się co 2 tygodnie. Pozwalają na wypracowanie poczucia wartości jednostki oraz przynależności do grupy. Tematyka zajęć dobierana jest zgodnie z problematyką grupy. Uwzględniamy aktualne samopoczucie pacjentów, predyspozycje oraz możliwości. W warunkach oddziału doskonale sprawdzają się gry i zabawy integracyjne o prostej i nieskomplikowanej treści. Pozwalają oderwać się od codzienności szpitalnej, działają relaksująco. Młodzież chętnie wraca do zabaw z dzieciństwa, zaś dzięki pomocy osoby prowadzącej chętnie odgrywa scenki sytuacyjne, często prowadzące do pogłębionych refleksji. W zajęciach integracyjnych wykorzystuje się naturalną zdolność dzieci i młodzieży do konstruktywnej współpracy. Rola pielęgniarki jako osoby prowadzącej polega na zachęcaniu do aktywnego uczestnictwa w zajęciach. Istotne jest również wyciąganie wniosków oraz dokonywanie spostrzeżeń i przekazywanie ich zespołowi terapeutycznemu po zakończonych zajęciach — podczas codziennego omówienia.

Psychogimnastyka odbywa się raz w tygodniu — jest to rodzaj terapii wykorzystujący ruch, której celem jest osiągnięcie przez pacjenta integracji psychofizycznej. Równocześnie oddziałuje na sferę emocjonalną,

motoryczną, poznawczą, estetyczną oraz sferę kontaktów interpersonalnych. Główną rolą prowadzącego jest budowanie atmosfery zaufania i zachęcanie młodzieży do aktywnego udziału w zajęciach. W tym celu początkowo proponujemy wykonanie ćwiczeń oddechowych, odprężających, rozluźniających. Aby uatrakcyjnić i urozmaicić zajęcia, wprowadzamy zabawy i gry, które służą rozładowaniu napięcia, wywołują zaniepokojenie. Ruch pobudza wyobraźnię i wyzwala energię. Istotną rolę odgrywają jasne tłumaczenie zasad ćwiczeń, cierpliwość, czasami również konsekwencja i stanowczość, gdy podczas zajęć zdarzają się zachowania destrukcyjne. Po zajęciach, czasem wyczerpujących, proponowana jest relaksacja, która ma służyć odprężeniu i odreagowaniu negatywnych emocji oraz napięć.

Zajęcia psychorysunku odbywają się raz w tygodniu. Psychorysunek jest procedurą diagnostyczno-projekcyjną, dostarcza materiału wglądowego. Rysunek jest ważnym narzędziem wzbogacającym komunikację z pacjentem w trakcie terapii, a aktywność plastyczna jest czynnością, która nie wymaga wiele czasu, nie wywołuje lęku, dostarcza natomiast obszernego materiału do interpretacji. Istotne jest skupienie się na treści, a nie na walorach artystycznych pracy. Rysowanie znajduje zastosowanie w procesie poznawania chorego, a jednocześnie ma działanie terapeutyczne. Prace pacjentów i notatki osoby prowadzącej omawiane są na wtorkowym zebraniu klinicznym zespołu terapeutycznego.

Zajęcia „Ciało, dusza, umysł” odbywają się co 2 tygodnie. Są to zajęcia łączące elementy choreoterapii, psychodramy, wykorzystujące techniki relaksacyjne, techniki oddechowe zaczerpnięte z jogi, elementy psychogimnastyki oparte na tai chi. Pielęgniarka prowadząca zajęcia pełni funkcję koordynującą, jednak jednocześnie włącza się do zabawy. Celem zajęć jest budowanie psychofizycznej harmonii.

Treningi kontroli objawów umożliwiają uczenie się nowych sposobów rozwiązywania problemów, konstruktywnego reagowania w sytuacji napięć, konfliktów. Stanowią możliwość dokonywania zmian w stylu funkcjonowania. Stwarza to szansę analizy przyczyn niepowodzeń, wprowadzania modyfikacji. Stosujemy treningi behawioralno-poznawcze: przeciwko samookaleczeniom, trening oddechowy, trening obniżający napięcie emocjonalne oraz redukcji objawów zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych.

Relaksacja z wizualizacją to zajęcia odwołujące się do treści wyobraźniowych, symbolicznych, uruchamiających pracę pacjenta w obszarach jego możliwości, zasobów, sposobów funkcjonowania. Sugestie uruchamiające pracę wyobraźniową pacjenta są dostosowane do możliwości pacjentów, czyli głównie wieku i rodzaju zaburzeń.

Oddziaływania edukacyjne wchodzące w zakres kompetencji pielęgniarek służą kształtowaniu realistycznych wyobrażeń o chorobie, procesie leczenia, dostarczają wiedzy o właściwym sposobie odżywiania, pożądanym stylu życia. Polegają także na udzielaniu pacjentom informacji dotyczących regulaminu oddziału, zasad pobytu oraz praw pacjenta psychiatrycznego, obejmują trening lekowy oraz współpracę z rodzinami pacjentów.

Podejście integrujące realizowane przez nasz zespół w codziennej pracy umożliwia zapewnienie kompleksowej oferty leczniczej oraz dostosowanie proponowanych form terapii do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta. Jeszcze przed zakończeniem hospitalizacji staramy się „zakotwiczyć” terapeutyczne pacjentów w jego środowisku, co stwarza większą szansę na kontynuowanie przez niego leczenia. W tym celu konieczna jest współpraca z oddziałami dziennymi, innymi ośrodkami leczniczymi, poradniami zdrowia psychicznego, psychologiczno-pedagogicznymi, a także instytucjami oświatowymi i sądowymi.

Aby zespół terapeutyczny mógł skutecznie wykonywać swoje zadania, niezbędna jest efektywna komunikacja między poszczególnymi osobami i całym zespołem [9]. Służą temu codzienne spotkania zespołu (otwierające dzień, omawiające przebieg dnia społeczności, zamykające dzień), cotygodniowe zebrania kliniczne, grupy Balinta oraz kwartalne zebrania całego zespołu. Wieloletnie doświadczenia w pracy z pacjentami w wieku rozwojowym utwierdzają nas w przekonaniu, że w porównaniu z tradycyjnie stosowanym, opartym na hierarchicznej strukturze pionowej, modelem „ordynatorskim”, praca w zespole multiprofesjonalnym, stosującym wielopłaszczyznowe, zintegrowane oddziaływania, jest metodą optymalną. Odzwierciedla ona system oddziaływań najbardziej zbliżony do tego, w jakim funkcjonuje młody człowiek poza strukturami szpitalnymi, w społeczeństwie. Taka metoda pracy stawia również przed każdym z członków zespołu, bez względu na profesję, zadania wchodzące w ząbające się obszary oddziaływań: diagnostycznych, leczniczych, terapeutycznych i wychowawczych.

Streszczenie

Celem artykułu jest przybliżenie historii oddziału klinicznego psychiatrii dzieci i młodzieży w Gdańsku oraz przedstawienie aktualnego modelu pracy zespołu terapeutycznego. System opiera się na multiprofesjonalnym zespole stosującym wielopłaszczyznowe, zintegrowane oddziaływania. Zgodnie z naszym doświadczeniem, jest to metoda optymalna w pracy z pacjentami w wieku rozwojowym, odzwierciedla ona bowiem system oddziaływań najbardziej zbliżony do tego, w jakim funkcjonuje młody człowiek poza strukturami szpitalnymi, w społeczeństwie. **Psychiatria 2008; 5: 105–110**

słowa kluczowe: psychiatria dzieci i młodzieży, leczenie stacjonarne

PIŚMIENNICTWO

1. Sulestrowska H., Bilikiewicz T. Zaslugi prof. dr. Tadeusza Bilikiewicza dla rozwoju psychiatrii dziecięcej w Polsce. Pamiętniki X Gdańskich Dni Lecznictwa Psychiatrycznego, Gdańsk 2001: 43–51.
2. Barbaro de B. Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny. *Collegium Medicum* Uniwersytet Jagielloński, Kraków 1994.
3. Dziennik Ustaw z 1996 r. nr 67, poz. 329, z późniejszymi zmianami.
4. Ostrowska R., Tatarowicz J. Zanim w szkole będzie źle. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologicznej, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa 1991.
5. Kopeczek J. Praca metodami psychoaktywnymi. Wydawnictwo Psychologiczne, Tarnobrzeg 1993.
6. Sztander W. Poza kontrolą. PARPA, Warszawa 1994.
7. Oster G.D., Gould P. Rysunek w psychoterapii. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
8. Fijewski P. Jak rozwinąć skrzydła. Wydawnictwo INTRA, Warszawa 1993.
9. Balawajder K. Komunikacja, konflikty, negocjacje w organizacji. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1998.